

Проф. Г.П.ШОРОХ,
доктор мед.наук В.В.КЛИМОВИЧ

СТРАТЕГИЯ ПРОГНОЗА ДЛЯ КРОВОТОЧАЩИХ ГАСТРОДУО- ДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

Кафедра неотложной хирургии Белорусский
государственный институт усовершенствования врачей.
Минская городская клиническая больница
скорой медицинской помощи

На основании результатов обследований 612 больных с кровотокащими гастродуоденальными язвами предложен алгоритм прогноза рецидива кровотечения, основанный на простых и доступных для любого лечебного учреждения данных клинического, лабораторного и эндоскопического обследования больного. Наибольшее значение для определения вероятности повторного кровотечения имеют интенсивность кровотечения, локализация язвы, эндоскопические характеристики гемостаза и язвы. Определены основные факторы, влияющие на неблагоприятный результат лечения: возраст, массивность кровопотери, наличие сопутствующих заболеваний.

Пятилетний опыт работы Минского городского центра по лечению кровотокащих гастродуоденальных язв (КГДЯ) позволяет более чётко обозначить основные показания к выбору срока и вида оперативного вмешательства. Минимальная общая и послеоперационная летальность наблюдается в случае выполнения операции через 12-14 суток от поступления (отсроченные операции) или на 2-3 сутки после остановки кровотечения (срочные операции) у больных, имеющих высокий риск рецидива кровотечения, когда вмешательство выполняется в период так называемого мнимого благополучия. Если операции носят экстренный характер в связи с продолжающимся кровотечением или его рецидивом в стационаре, то летальность оказывается в 20-25 раз выше [2]. Отсюда следует, что главная сложность данной проблемы состоит в определении показателей для выбора тактики лечения кровотокащих

гастродуоденальных язв. В опубликованной литературе проводится сравнительная оценка отдельных признаков без изучения их взаимного влияния, зачастую на основе небольшого числа наблюдений [3, 4, 5].

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Целью настоящей работы явилось 1) определение факторов или их сочетания, которые являются основными для прогнозирования рецидива кровотечения из язвы желудка или двенадцатиперстной кишки; 2) выявление параметров, в наибольшей степени влияющих на летальность при кровотокащей гастродуоденальной язве. Для решения поставленных задач мы а) целенаправленно обследовали 612 больных с язвами желудка и двенадцатиперстной кишки, которые поступили в Минский городской центр по лечению гастродуоденальных кровотечений в 1995 году, б) проанализировали 63 случая летальных исходов пациентов с КГДЯ в период с 1993 по 1996 годы.

Была разработана компьютерная система автоматизированного статистического учета данных каждого больного, в которой кроме паспортных и анамнестических сведений анализировались: 1) клинические проявления кровотечения, 2) эндоскопические симптомы кровотечения из язвы, 2) морфологические характеристики язвы, 3) степень кровопотери, 4) интенсивность кровотечения, 5) наличие коллапса до поступления в стационар, 6) способ и эффективность выполненного местного гемостаза.

Из поступивших 612 больных с язвенным кровотечением у 482 язвы локализовались в двенадцатиперстной кишке, у 130 — в желудке; мужчин было 470, женщин — 142 человека. По возрасту все больные распределились следующим образом: до 40 лет было 218 пациентов, от 40 до 60 — 263 чел., свыше 60 лет — 131 больной. Оперировано 185 пациентов, консервативно лечилось 472 человека. Умерло 13 больных, в том числе после операции — 8. Таким образом общая

летальность составила 2,3%, послеоперационная летальность — 4,3 %.

При поступлении в течение первого часа пребывания в стационаре всем больным выполнялись эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС), общие анализы крови и мочи, определялась группа крови и резус-принадлежность. При стабильной гемодинамике после ЭГДС пациент госпитализировался на блок интенсивного наблюдения и лечения хирургического отделения, где проводилась стартовая инфузионно-трансфузионная, гемостатическая и противоязвенная терапия. При наличии артериальной гипотонии или других признаков гиповолемического шока больной из приёмного покоя сразу транспортировался в операционную, где проводились указанные мероприятия. В случае продолжающегося кровотечения или при наличии в язве рыхлого сгустка крови, тромбированных сосудов или видимого пульсирующего сосуда, производился местный гемостаз обкалыванием 70% спиртом, биполярная диатермокоагуляция язвы или орошение язвенного кратера капрофером (препарат треххлористого железа с аминокaproновой кислотой). Последняя методика применена у 24 больных с активным кровотечением, в результате которой при взаимодействии капрофера с кровью гемостаз был обеспечен образованием плёнки чёрного цвета, фиксированной к дну язвы и слизистой желудка или двенадцатиперстной кишки. Ни один из указанных методов местного гемостаза не был достаточно надежным.

Рецидив кровотечения в стационаре наступил у 51 больного (8,3%). Из них первичный гемостаз производился 39 больным, в 12 случаях эндоскопический гемостаз не выполнялся. У 33 пациентов язва локализовалась в двенадцатиперстной кишке, у 18 — в желудке. Оперировано 42 человека: 28 больных с кровоточащей язвой двенадцатиперстной кишки (КЯДПК) и 14 пациентов с кровоточащей язвой желудка (КЯЖ). 9 больных не оперированы: 5 отказались от операции, у 4 операция признана непереносимой в свя-

зи с наличием тяжелых сопутствующих заболеваний в стадии декомпенсации.

ОБСУЖДЕНИЕ И РЕЗУЛЬТАТЫ

Для прогнозирования рецидива кровотечения и конечного результата лечения мы выделили две группы объективных признаков — клинические и эндоскопические.

Превалирующее число рецидивов кровотечения (88,2%) отмечено в интервале 12-36 часов от поступления (45 больных из 51), до 12 часов рецидив возник у 4 (7,8%) пациентов, позже 36 — у 2 (3,9%). Отсюда следует, что при наличии признаков возможного рецидива (указаны ниже) надо оперировать больного не позднее суток от поступления после проведения необходимой предоперационной подготовки. Поэтому становится очевидной необходимость определения факторов, предопределяющих вероятный рецидив кровотечения.

Для анализа клинических данных мы использовали компьютерную систему формирования и обработки базы данных, разработанную на основе СУБД Microsoft Access 2.0. Эта система позволяет выделять подмножества признаков и наблюдений, упорядочить наблюдения по любым совокупностям признаков, выполнять функциональные преобразования признаков, по разному группировать наблюдения, вычислять суммирующие показатели средних, процентилей и доверительных интервалов и применять другие методы прикладной статистики.

Итак, первая группа признаков — эндоскопические характеристики язвы и эндоскопические параметры степени надежности гемостаза в язве (по результатам обследования 612 больных с КГДЯ).

1. Зависимость возникновения рецидива кровотечения от места расположения язвы.

1.1. В 33 случаях рецидив кровотечения развился из язвы двенадцатиперстной кишки (ДПК), что составило 6,8% от всех пролеченных больных с КЯДПК, у 18 больных было кровотечение из язвы желудка — 13,8%. Таким образом, в 2

раза чаще следует ожидать рецидива кровотечения из желудочной язвы.

1.2. Локализация язвы желудка в верхней трети или на задней стенке желудка — рецидив наблюдался у каждого третьего пациента (из 24 человек у 8). При локализации язвы на задней стенке ДПК (42 больных) рецидив возник у 11 (26,3%).

1.3. Размеры язвы ДПК: при диаметре язвенного кратера > 1 см (51 больной) рецидив кровотечения возник у 16 пациентов (31,4%), тогда как при размерах язвенной ниши < 1 см — только у 3,9% (17 человек). Следовательно, сам по себе размер язвы более 1 см увеличивает вероятность кровотечения в 8 раз.

При локализации язвы в желудке и диаметре кратера более 2 см (28 больных) рецидив кровотечения развился у 5 (17,9%). Казалось бы прямой линейной зависимости нет, однако 9 пациентов с указанными язвами были оперированы в первые 24 часа от поступления в стационар, не дожидаясь повторного эпизода кровотечения. На операции в язве имелись аррозированные сосуды по 2-3 мм в диаметре с рыхлым сгустком. Этих больных следует учитывать как потенциальный рецидив. Тогда вероятность рецидива кровотечения из язвы желудка более 2 см составит 50%. В случаях, когда размеры КЯЖ были < 2 см, повторные геморрагии возникли у 12,7% больных.

1.4. Сочетание кровотечения из язвы с другими осложнениями язвенной болезни: а) язва ДИК с стенозом (60 больных), рецидив возник у 10 человек (16,7%); язва ДПК с пенетрацией — у 11 больных из 42 (29,2%). Таким образом, пенетрация КЯДПК провоцирует рецидив кровотечения почти у 1/3 пациентов. У больных с КЯЖ пенетрация язвы обусловила рецидив в 40% случаев (4 из 10 больных).

2. Эндоскопические характеристики гемостаза в язве.

2.1. Активное артериальное кровотечение или подтекание крови из-под сгустка крови в язве (признаки продолжающегося кровотечения). Такое состоя-

ние наблюдалось у 61 (10% всех язв) больного — у 16 возник рецидив (26,8%).

2.2. Язва закрыта фиксированным сгустком крови темного цвета или в язве видимый пульсирующий сосуд (признаки недавно остановившегося кровотечения). Из 170 человек (27,8%) было 22 рецидива (12,9%).

2.3. Язва закрыта фибрином или в язве черные точки, в желудке и ДПК крови нет. Эта ситуация оценивается как признаки стабильного гемостаза. И всё же рецидив кровотечения развился у 12 из 428 больных (2,8%).

3. Клинические характеристики.

3.1. Эпизод коллапса в анамнезе при развитии кровотечения из язвы увеличивает вероятность рецидива кровотечения в 9 раз. Так из 51 случая рецидива у 18 (35,3%) отмечен коллапс, в то время как из 561 больного без рецидива коллапс отмечен у 24 (4,1%).

3.2. Интенсивность кровотечения — это интегральный показатель, указывающий на скорость кровотечения. Позволяет предположить возможный диаметр кровоточащего сосуда в язве. Определяется соотношением времени от начала кровотечения и уровня первичного гематокрита у больного при поступлении в стационар: чем меньше интервал времени от начала кровотечения и ниже показатель гематокрита, тем выше интенсивность кровотечения. Показатель высчитывается по формуле: $It = 5,21Ht + 7,04T1$, причём если $It \leq 70$, то интенсивность считается низкой, при $70 < It \leq 90$ — средней, при $It > 90$ — высокой.

3.3. Многократность повторения кровавой рвоты и (или) мелены в течение суток. При кратности указанных признаков 2 и более раз вероятность рецидива возрастает вдвое.

В то же время такие показатели как длительность язвенного анамнеза, возраст больного, наличие кровотечения в анамнезе, перенесенные ранее операции на желудке или двенадцатиперстной кишке не имеют существенного значения для возникновения повторного кровотечения

Таковы данные прогнозирования рецидива кровотечения по номинальным измерениям. При сочетании любых двух из перечисленных признаков вероятность рецидива составила 60-71%, а при сочетании любых трёх — 72-91%. Для кровоточащей язвы двенадцатиперстной кишки наибольшая вероятность рецидива кровотечения (74%) возникает при сочетании пунктов 1.3+1.2+3.2; для кровоточащей язвы желудка вероятность повторного кровотечения составила 91% при сочетании признаков 1.3+2.1+3.1.

Предложенный алгоритм прогноза отличается универсальностью, то есть возможностью оценки клинической ситуации у любого больного с язвенным кровотечением. Это позволяет чётко определить тактическое решение: оперировать больного и когда или следует лечить консервативно; избежать субъективности в выборе индивидуальной лечебной тактики.

Данный алгоритм основан на использовании весьма простых и доступных в условиях неотложной хирургии клинических, лабораторных и эндоскопических методов, выгодно отличается от громоздких попыток прогноза, основанных на многокомпонентном компьютерном анализе материала, сложных патофизиологических методиках прогноза и др. [2].

Итак, используя относительно небольшое число признаков, можно достаточно достоверно прогнозировать возникновение рецидива язвенного кровотечения и на основе этого решать вопрос о хирургической тактике у каждого больного. В этом отличие предлагаемой нами превентивной активной тактики при кровоточащих гастродуоденальных язвах от преобладающей до последнего времени в большинстве лечебных учреждений, когда оперативные вмешательства производятся только на высоте кровотечения.

Для определения факторов, играющих основную роль в предвидении неблагоприятного конечного результата, мы изучили аналогичные признаки у 63 умерших больных, которые лечились в центре с 1993 по 1996 годы (всего за этот

период времени на лечении находилось 2453 больных).

В результате статистического анализа использованием компьютерной программы на основе системы Microsoft Access 2.0 нами было установлено, что выше указанные признаки не оказывают значительного влияния на конечный результат лечения. Были определены 4 основных предсказывающих неблагоприятный исход фактора:

1. Возраст больного.

Начиная с 40 лет в каждом последующем десятилетии число умерших увеличивается практически вдвое (до 40 лет — 5 человек (0,58%); 40-49 лет — 8 (1,45%); 50-59 лет. — 11 (2,35%); 60-69 лет — 20 (5,21%); > 70 лет — 19 (10,56%) больных).

2. Массивность кровопотери — у 39 умерших пациентов отмечена тяжелая степень кровопотери при поступлении в стационар. Причём, если за период лечения потребовалось переливание до 1,5 литров крови, то летальность составила 6,7%, если 1,5-3 литра — то 11,7%, если более 3 литров — 15,4-20%.

1. Фактор эндоскопической характеристики гемостаза.

Остановившееся кровотечение регистрируется почти у 80% больных. У них весьма благоприятный прогноз лечения, летальность составила 1,8%, причем летальный исход наступил не от кровотечения, а от прогрессирования сопутствующих заболеваний. В противоположность этому у 18-20% больных с продолжающимся кровотечением или его рецидивом в стационаре летальность составила 21,8%.

4. Наличие сопутствующих заболеваний.

Отмечена прямая корреляционная связь между числом сопутствующих заболеваний и смертностью. Из 386 больных, имеющих хотя бы одно сопутствующее заболевание, умерло 10 (2,6%) человек, тогда как при наличии двух и более заболеваний летальность оказалась выше в 13 раз: из 155 больных умерло 53 — летальность составила 34,2%.

ВЫВОДЫ

1. В настоящее время выбор хирургической тактики при кровоточащих язвах желудка или двенадцатиперстной кишки должен основываться на предвидении возможного повторного кровотечения.

2. Вероятность рецидива кровотечения при КГДЯ определяется алгоритмом прогноза, включающего оценку простых клинических, лабораторных и эндоскопических данных конкретного больного.

3. Для кровоточащей язвы двенадцатиперстной кишки повторное кровотечение чаще всего (74%) возникает при размерах язвы более 1 см, локализации язвы на задней стенке ДПК, высокой интенсивности кровотечения. Для кровоточащей язвы желудка возможность рецидива возникает (91%) тогда, когда размеры язвы более 2 см, при эзофагогастродуоденоскопии имеется продолжающееся кровотечение, до поступления в стационар отмечен коллапс.

4. Летальность при кровоточащих гастродуоденальных язвах зависит от возраста больного, массивности кровопотери и наличия сопутствующих заболеваний.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Фишер А.А., // Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, осложненная кровотечением: Сб. научн. тр. — Краснодар, 1988. — 75-86.

2. Шорох Г. П., Жуковский И. М., Климович В. В. и др.// Декабрьские чтения по неотложной хирургии. Т. 2: Сб. тр. — Минск, 1997. — 7-24

3. Jiranec G.C., Kozarek R.A. // Surg. Clin. North. Am. — 1996. — Vol. 76.—P. 83-103.

4. Iyh-Jou Chen, Chi-Sin Changchien, Chuan Mo Lee et al. // Chang. Gung. Med. J. — 1995. — Vol. 18. — N 3. —P. 209-216.

5. Welch C.E., Rodkey G.V., Gryska P. // Ann. Surg. — 1986. — 204:454.